UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1937-1938

N° 10

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES TUMEURS « MIXTES » DES FORMATIONS GLANDULAIRES DES LÈVRES

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le mercredi 1er Décembre 1937

PAR

René LE ROUX

Elève du Service de Santé de la Marine

né à Lanmeur (Finistère), le 25 juillet 1911.

Examinateurs de la Thèse

MM. GUYOT, professeur ..... *Président.*

DUBECQ, professeur ..... *Juges.*

JEANNENEY, professeur ..... *Juges.*

MASSÉ, agrégé ..... *Juges.*

BORDEAUX

Imprimerie BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1937

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536509_0029

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1937-1938

N° 10

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES TUMEURS « MIXTES » DES FORMATIONS GLANDULAIRES DES LÈVRES

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le mercredi 1er Décembre 1937

PAR

René LE ROUX

Elève du Service de Santé de la Marine
né à Lanmeur (Finistère), le 25 juillet 1911.

Examinateurs de la Thèse

MM. GUYOT, professeur ..... *Président.*
DUBECQ, professeur..... *Juges.*
JEANNENEY, professeur ..... *Juges.*
MASSÉ, agrégé ..... *Juges.*

BORDEAUX

Imprimerie BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1937

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Doyen ..... M. MAURIAC
Assesseur ..... M. LABAT
Doyen honoraire ..... M. C. SIGALAS

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSON, MOURE, RIVIÈRE, BARTHE, DENIGES, BEILLE, CASSAET, CHAVANNAZ, PACHON, C. SIGALAS, SABRAZÈS, BEGOUIN, DUPOUY.

PROFESSEURS

	MM.
Clinique médicale	MAURIAC, DUPÉRIÉ
Clinique chirurgicale et gynécologique	GUYOT.
Clinique chirurgicale	PAPIN.
Pathologie et thérapeutique générales	CARLES.
Clinique d'accouchements	ANDERODIAS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique	DAMADE
Anatomie	VILLEMIN.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.
Hygiène	LEURET.
Médecine légale et déontologie	LANDE
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale	RECROU
Chimie	CHEVILLE.
Botanique et matière médicale	GOLSE.
Pharmacie	VITTE
Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
Médecine expérimentale	AUBERTIN.
Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES.
Physiologie	FABRE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ROCHER
Clinique médicale des maladies des enfants	CRUCHET.
Chimie biologique et médicale	MACHEBŒUF.
Physique médicale et pharmaceutique	WANGERMEZ.
Médecine coloniale et clinique des maladies exotiques	BONNIN
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	PETGES.
Clin. des mal. des voies urinaires	DUVERGEY
Clinique des maladies nerveuses et mentales	ABADIE
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CREYX
Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ.

LACOSTE (Histologie). PÉRY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale)

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Anatomie	N.
Anatomie	DUFOUR.
Physiologie	N.
Médecine générale	PIECHAUD, DELMAS-MARSALET, DE GRAILLY, FONTAN, BROUSTET, DERVILLÉE, N.
Chirurgie générale	CHARRIER, LOUBAT, MASSE, DARGET, N.
Obstétrique	RIVIÈRE.
Ophtalmologie	BEAUVIEUX
Oto-Rhino Laryngologie	DESTONS
Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
Physique médicale	N.
Chimie générale pharmaceutique et toxicologie	N.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Anatomie	J. BEAUVIEUX.
Physiologie	N.
Médecine opératoire	JEANNENEY.
Accouchements	RIVIÈRE.
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.
Ophtalmologie	CABANNES (en congé)
Puériculture	FAUGÈRE.
Pharmacie galénique	N.
Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.
Physique médicale et pharmaceutique	N.
Médecine légale	DERVILLÉE
Urologie	DARGET
Botanique	GIRARD.
Bactériologie	MOUREAU
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI
Chimie minérale	N.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes ..... M. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

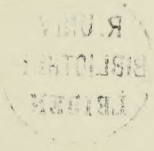
A LA MEMOIRE DE MA MARRAINE

A MON PERE - A MA MERE

Vous vous êtes imposés pour moi les sacrifices les plus lourds. Que ce modeste travail soit pour vous le faible témoignage de mon affection et de ma reconnaissance infinies.

A MES FRERES

A TOUS LES MIENS - A MES AMIS



A MES MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

A MES JUGES

A MES PROFESSEURS DE L'ECOLE ANNEXE DE BREST
ET DE L'ECOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTE
DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES

A Monsieur le Docteur J. CHAVANNAZ

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX
CROIX DE GUERRE

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse. En témoignage de notre profonde gratitude.

A Monsieur le Médecin général CAZAMIAN

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DU MÉRITE MARITIME
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A Monsieur le Médecin en Chef FERRET

SOUS-DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE :

Monsieur le Professeur J. GUYOT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE ET GYNÉCOLOGIQUE
CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL SAINT-ANDRÉ
MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE CHIRURGIE
VICE-PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GYNÉCOLOGIE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Qu'il nous soit permis de le remercier de l'honneur insigne qu'il nous fait d'accepter la présidence de cette thèse.

Nous sommes heureux de lui offrir l'hommage respectueux de notre profonde reconnaissance.

INTRODUCTION

Il est classique, dans l'étude des tumeurs « mixtes » des glandes salivaires, de prendre comme exemple des tumeurs localisées dans la région de la parotide ou de la sous-maxillaire.

Outre les grosses glandes salivaires, on trouve ailleurs, çà et là — très rarement au niveau de la glande sublinguale — ces tumeurs mixtes. Elles ont été rencontrées dans les lèvres, dans la langue, dans le palais, dans la joue, dans le nez..., bref dans tout ce que R. Leroux désigne sous le nom global de « formations salivaires cervico-faciales ». Ces formations, si elles ne sont pour la plupart à proprement parler salivaires, font néanmoins partie d'un même système glandulaire régional : nous voulons parler du système glandulaire lacrymal et bucco-rhino-pharyngien sous-muqueux.

Nous basant sur quelques observations inédites, dues à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Massé et de M. le Docteur J. Chavannaz (que nous prions d'accepter nos respectueux remerciements), appuyées par des observations puisées dans la littérature chirurgicale, nous avons pensé que l'étude de la localisation à la lèvre de ce genre de tumeur pouvait être intéressante à plusieurs points de vue :

C'est en premier lieu la rareté de cette localisation d'où résulte une difficulté toute particulière du diagnostic clinique.

D'autre part, l'apparition de la tumeur à l'endroit indiqué éveille certaines idées sur l'origine des tumeurs mixtes.

Nous diviserons notre travail en trois parties :

1° Dans un premier chapitre, après un bref rappel historique de la question, nous relaterons les observations qui nous serviront à étudier la partie clinique, c'est-à-dire l'étiologie, la symptomatologie, le pronostic et le diagnostic.

2° Dans une deuxième partie, nous exposerons rapidement l'anatomie pathologique et la pathogénie de ces tumeurs, abordant ainsi la question générale de la nature des tumeurs mixtes.

3° Enfin le traitement nous apparaîtra comme le corollaire et la conclusion de ces considérations.

RAPPEL HISTORIQUE

Contrairement à ce que prétendent Dimitriyewitch en 1926 et plus récemment Vaheri en 1935, ce n'est sans doute pas à Paget qu'est due la première observation de tumeur mixte des lèvres. Déjà, en effet, en 1832, W. Lawrence avait enlevé, chez une jeune fille de 19 ans, « une tumeur de la lèvre supérieure dont la substance blanchâtre, compacte, coriace et d'une consistance presque cartilagineuse, résistait à la section au bistouri ». Ce ne fut que quelques années plus tard que James Paget rapporta le cas cité dans l'observation V qui est, d'habitude, considérée comme l'observation princeps.

Mason en 1868 et Goodhart en 1876 publièrent trois observations de tumeurs mixtes des lèvres présentant différents éléments histologiques et dépendant pour la plupart du tissu conjonctif. La thèse de Pérochaud (Paris, 1885) fut le premier travail qui approfondit la question. Il faut encore citer les thèses de Collet (thèse Paris, 1895) et de Marie Bouisset (thèse Montpellier, 1903), les mémoires de Lenormant, Duval et Cottard (*Rev. de chir.*, 1908), les monographies de Ahlbom, Wood, Schreiner et Macteck, et Patey, enfin en mai 1935 l'observation de Vaheri.

OBSERVATIONS

Observation I
(Inédite)

Due à l'obligeance de M. le docteur J. Chavannaz.

Sœur X..., religieuse, 39 ans, vient consulter, en décembre 1935, pour une tumeur siégeant au niveau de la commissure labiale gauche.

Histoire de la maladie : Le début clinique remonte à trois ans environ. La grosseur a augmenté progressivement sans douleur, sans aucun retentissement à distance, sans modification de l'état général, survenue sans aucune cause apparente.

La malade n'a pas prêté attention au début, mais à l'heure actuelle elle s'en préoccupe parce que, dans les mouvements de mastication, la tumeur détermine une gêne et provoque parfois une morsure de la joue.

L'examen montre une tumeur du volume d'une petite noix entraînant une déformation visible de l'extérieur au voisinage de la commissure labiale gauche, à la partie inférieure. L'examen endobuccal montre une muqueuse intacte et saine. La palpation confirme cette impression. La muqueuse est mobile sur la tumeur. Celle-ci est de consistance ferme, mais irrégulière, rappelant précisément les tumeurs mixtes de la parotide.

Quoiqu'exceptionnelle, le diagnostic de tumeur mixte des glandes labiales est posé.

Le 5 décembre 1935, à la clinique Saint-Augustin, sous-anesthésie locale à la butelline à 0,5 %, incision cutanée, oblique de haut en bas et de dedans en dehors à 45°, partant de la commissure labiale gauche.

La tumeur, facilement énucléable, est enlevée en bloc. Suture cutanée.

Les suites opératoires sont parfaites. Guérison par première intention.

L'aspect macroscopique de la pièce opératoire confirme le diagnostic clinique de tumeur mixte.

Examen microscopique pratiqué par M. le docteur Pierre Nadal :

« Il s'agit d'un néoplasme très particulier paraissant se rattacher au groupe des tumeurs mixtes.

La structure en est assez régulière. On trouve des masses épithéliales de type mal défini, disposées en amas, de volume variable.

Souvent, la disposition tend vers l'aspect acinoïde, avec ébauche de secrétion muqueuse.

Le stroma est modérément abondant, hyalin, myxoïde. On ne trouve pas de point cartilagineux ni d'épithéliums en voie d'évolution épidermique.

Dans toutes les zones marginales intéressées par les coupes, la tumeur est parfaitement encapsulée ; elle est contiguë à des glandes salivaires muqueuses dont un certain nombre d'acinis sont restés adhérents à la capsule.

Conclusions. — Tumeur nettement encapsulée, vraisemblablement encore bénigne, et paraissant se rattacher au groupe des tumeurs mixtes.

Les suites opératoires sont très bonnes. La malade a été revue le 15 novembre 1937. La cicatrice est à peine visible et il n'y a aucun trouble.

Observation II

(Inédite)

Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Masse.

Marie P..., 75 ans, rentre à l'hôpital Saint-André, le 8 juin 1935, pour une tumeur ulcérée de la lèvre supérieure.

Examen. — Au niveau de la partie gauche de la lèvre supé-

rieure, elle présente une tumeur du volume d'un haricot qui s'est développée depuis un an environ sans douleur, sans retentissement sur l'état général et survenue sans cause apparente. Depuis quelque temps, cette tumeur s'est ulcérée.

Examen endobuccal. — Denture en mauvais état. Sur la muqueuse labiale, au niveau de la tumeur, existe une ulcération à bords décollés, à fond gris rosé.

La palpation ne révèle pas d'empâtement au niveau de la lèvre supérieure.

La tumeur n'est pas adhérente à la muqueuse labiale et elle est mobile dans la profondeur.

Pas de douleur, pas de ganglions, pas d'atteinte de l'état général.

Diagnostic pré-opératoire : tumeur de la lèvre supérieure ?

Le 13 juin 1935 : opération sous excellente anesthésie locale avec 15 cc. de butelline à 0,5 %.

Ablation en coin de la tumeur au bistouri électrique.

Examen anatomo-pathologique (M. le professeur Sabrazès) :

« Epithélioma qui paraît être d'origine glandulaire avec des cavités kystiques considérables du type cylindrome, rappelant les tumeurs mixtes de la parotide. La coloration au mucicarmin montre la réaction de la mucine. A noter une forte réaction du stroma et des phénomènes de métaplasie. »

Ce qui est à retenir, c'est la texture des glandes salivaires en adénomatose, associées à un stroma abondant du type conjonctif lâche.

Les particularités de l'adénomatose glandulaire sont à retenir :

1° Les caractères cylindromateux ;

2° La transformation de ces caractères en une modalité polykystique à gros kystes de la dimension de petites têtes d'épingles associés à une multiplicité de petits kystes bordés par les cellules épithéliales adénomateuses.

A noter aussi l'effritement des cellules de l'adénome dans le

stroma, réalisant des métaplasies du type fibrocytoïde. Cela complète l'analogie.

Conclusion : Cela ressemble à une tumeur mixte des glandes salivaires.

Observation III

(J. Duvergey, *Bull. et Mém. de la Société de Méd. et Chir. de Bordeaux*, 5 mars 1909.)

Diagnostic clinique : Adénome volumineux de la lèvre supérieure.

Diagnostic du laboratoire : Endothélio-fibro-chondro-sarcome (M. Muratet).

Il s'agit d'une jeune femme de 25 ans, présentant, depuis 4 ans environ, une tumeur de la lèvre supérieure. Cette tumeur débuta sous la muqueuse labiale par un petit noyau glissant sous la muqueuse. Depuis 1905, elle a progressé peu à peu et a acquis, aujourd'hui, le volume d'un gros œuf de pigeon. Cette tumeur soulevait la peau de la lèvre supérieure et repoussait en dedans la muqueuse labiale ; elle glissait sous la peau, sous la muqueuse et était nettement encapsulée, un peu dure, résistante, mais élastique, mamelonnée. En présence de ces signes, je formulai le diagnostic d'adénome développé dans la lèvre supérieure, aux dépens des glandules de cette muqueuse.

J'ai enlevé cette tumeur à la cocaïne, par la muqueuse ; elle s'est énucléée avec facilité.

L'intérêt de cette présentation réside dans la dimension insolite d'un adénome de la lèvre.

Examen anatomo-pathologique (M. le professeur Muratet) :

« Il s'agit d'une « tumeur mixte » dans laquelle l'élément prédominant est représenté par de grandes cellules, à contours nets, ayant le volume d'un grand mononucléé du sang, cellules rondes, ovoïdes ou un peu quadranguleuses, parfois

géantes, à noyau unique ou à deux noyaux. Ces cellules sont très rapprochées les unes des autres, mais bien adhérentes. Assez souvent, elles rayonnent autour de blocs colloïdes. La substance intercellulaire, très fragmentée, est, en bien des points, chondroïde, et il s'y différencie des cellules cartilagineuses.

En d'autres territoires, cette substance intra-cellulaire donne la réactions du mucus, et l'on trouve là de petits kystes muqueux bordés de cellules étoilées.

En d'autres points, les cellules étoilées deviennent plates, et il se forme du tissu corné avec globes épidermiques dépourvus de noyaux. Mais, dans la plupart des cellules néoplasiques, on trouve un noyau vivace, exceptionnellement en voie de division. Les mastzellen sont très rares ; on ne trouve pas de cellules éosinophiles. Les vaisseaux sont peu nombreux. Dans les blocs fibreux plus ou moins hyalins on trouve çà et là des cavités vasculaires avec endothélium discontinu et capsule fibreuse se confondant avec le tissu fibreux ambiant. Tous ces vaisseaux sont assez bien structurés.

En résumé : Il s'agit d'une tumeur mixte que l'on pourrait étiqueter endothélio-fibro-chondro-sarcome.

Observation IV

par Robin Pilcher.

British Medical Journal, 8 mai 1932.)

Homme âgé de 49 ans. Présente, depuis 12 ans, une grosseur qui a augmenté sans douleur, tuméfiant la lèvre supérieure. Elle apparut après un coup de manivelle qui fit tomber quatre dents, mais ne coupa pas la lèvre. A l'examen, sur le côté droit de la lèvre supérieure, on voit une véritable excroissance. En retroussant la lèvre, on aperçoit une tumeur hémisphérique d'un diamètre maximum d'environ un pouce, ayant une

surface unie dans sa partie la plus interne qui, normalement, était en contact avec le maxillaire.

La muqueuse, sur cette surface, était blanche et adhérente à la tumeur. Partout ailleurs la tumeur se mouvait librement à l'intérieur de la lèvre. A l'intérieur de la tumeur apparaissaient plusieurs vaisseaux.

La tumeur était d'une consistance uniformément ferme. Elle fut excisée avec la partie muqueuse qui la recouvrait.

A l'examen anatomo-pathologique :

Macroscopiquement : On se trouve en présence d'une tumeur hémisphérique d'un diamètre de 2,5 cm. de long sur 1,5 cm. de large. Elle est consistante et encapsulée. La surface de section est blanchâtre, sauf sur une petite zone centrale où elle est brunâtre.

Microscopiquement : La tumeur est formée d'un stroma fibro-myxomateux dans lequel on trouve des cellules, la plupart ordonnées pour former des acini contenant une substance de couleur rose.

A la périphérie de la tumeur, mais en dedans de sa capsule, il y a un groupe d'acini formés de larges cellules et ressemblant à une glande muqueuse normale. La réaction à la mucicarmine décèle du mucus intracellulaire. Au centre de la tumeur, il y a de nombreux grains de pigmentation donnant la réaction du bleu de Prusse.

Conclusion : La tumeur appartient au groupe des tumeurs dites mixtes des glandes salivaires.

Observation V

Cas de Paget.

C'était le cas d'un homme en apparence bien portant qui, depuis quelques années, se trouvait au service de M. Lloyd. Depuis 12 ans, une tumeur se développait dans la lèvre supérieure. Elle n'était pas douloureuse, mais la tuméfaction de

la lèvre était gênante et désagréable, l'enflure ayant un diamètre d'un pouce environ.

Elle était encloisonnée dans l'épaisseur de la lèvre, recouverte à la fois par la peau et par la muqueuse. Sa forme était presque hémisphéroïdale, sa face postérieure venant s'écraser contre les gencives et les dents, tandis que sa partie antérieure était convexe et mousse. Elle était partout de consistance ferme, tendue et élastique. M. Lloyd fit l'ablation de la tumeur et de la membrane muqueuse laissant intacte la peau.

En somme, la tumeur ressemblait en gros aux tumeurs dites mixtes des glandes parotides, mais, à un examen microscopique, elle ressemblait étrangement à une glande lobulée ou en grappe comme les tumeurs des glandes mammaires.

Observation VI

de Von Eino Vaheri.

(*Acta chirurgica Scandinaviae*, 1935, vol. LXXVI).

P. N..., ouvrière de Helsinski, âgée de 23 ans.

La malade a eu, pendant 10 ans, à la lèvre supérieure, un nodule de la grosseur d'un pois qui, peu à peu, s'est mis à grossir. Il n'a jamais occasionné d'inconvénients. Ceci mis à part, le sujet n'a jamais été malade.

Status praesens. A la lèvre supérieure, près de la canine droite, on constate une tumeur solide, ronde, bien limitée, de la grosseur d'un haricot, en saillie sur la lèvre, et se laissant déplacer en quelque sorte contre son entourage.

Extirpation le 14 novembre 1933 : la tumeur est enlevée du côté de la muqueuse sans difficulté.

Examen microscopique : Après fixation dans du formol à 10 % et colorations, la tumeur, qui apparaît entourée d'une mince capsule de tissu conjonctif, se trouve près de la muqueuse de la lèvre. On ne trouve pas de trace de cloisons de

tissu conjonctif ou de formations lobaires. La principale partie est formée par des cordons et des îlots irrégulièrement formés de cellules épithéliales. Entre des groupes à forte densité cellulaire on trouve du tissu qui est plus pauvre en cellules. La limite est, par endroits, très nette. En d'autres endroits, au contraire, les groupes à forte densité cellulaire passent insensiblement dans le tissu à densité moindre. Différentes formations alvéolotubulaires, à aspect glandulaire, donnent encore plus de variété à la structure changeante de la tumeur. Les cellules de formations compactes sont polymorphes, plates ou prismatiques, polygonales en coupe. Par endroits, elles sont liées les uns aux autres par une sorte de ciment intercellulaire. A certaines places, on voit aussi des ponts intercellulaires. Ceux-ci n'apparaissent que faiblement, mais les épaississements qui s'y produisent et les desmosomes s'avèrent régulièrement.

Par la coloration à l'hématoxylène ferrique, on constate, par endroits, dans le cytoplasma des cellules, des fibres et des fibrilles de plasma flagelliformes ou en forme de tire-bouchon. On ne trouve pas, dans la tumeur, de tissu de cellules épithéliales réticuloïdes ; çà et là, on rencontre de rares cellules fusiformes.

Dans le cytoplasma des cellules on observe souvent une vacuolisation et une surabondance de mucosité et une transformation mucoïde. On ne constate pas une formation granuleuse intercellulaire. Souvent, on trouve des noyaux en picnose. Dans le voisinage de la capsule, on voit une cavité d'apparence kystique qui renferme une masse amorphe et des restes de cellules. Sa cloison montre des cellules plates, assemblées par couches. Entre les cellules et les groupes de cellules apparaît une certaine substance amorphe ou fibreuse qui donne une forte coloration au mucicarmin.

On ne peut trouver, dans la tumeur, un tissu cartilagineux proprement dit, ni de tissu ossifié, ni de graisse. La tumeur est extrêmement pauvre en vaisseaux sanguins. Dans la zone

capsulaire, on trouve un vaste foyer de cellules inflammatoires.

Entre la tumeur et la muqueuse labiale apparaît une glande à mucus de 3 à 4 mm. Celle-ci et la tumeur sont entourées d'une capsule commune de tissu conjonctif. Elles ne sont séparées l'une de l'autre que par une mince cloison de tissu conjonctif qui, en un endroit, est extrêmement faible. La glande est mucoséreuse.

Examen post-opératoire le 6 février 1934 : pas de récidive.

ETUDE CLINIQUE

Notions étiologiques.

Fréquence. — Les tumeurs mixtes des lèvres sont d'une rareté exceptionnelle puisque, en 1908, Lenormant, Duval et Cottard ne rassemblèrent que 28 cas publiés antérieurement et rapportent en même temps un autre cas.

En 1935, dans sa monographie *Mucous and salwary gland tumours*, Ahlbom ne notait, sur 254 cas de tumeurs mixtes des glandes salivaires, que 2 localisations labiales. Sur 422 cas rapportés la même année par Ahlbom, Wood, Schreiner et Matteck, et Patey, il y avait 8 exemples concernant les lèvres. En mai 1935, Vaheri fait constater que les cas publiés s'élèvent au nombre de 45.

Nous allons résumer, dans un tableau, les principaux caractères étiologiques déduits de nos observations et nous essayerons d'en tirer des conclusions.

	Localisation	Début clinique remontant à :	Age	Sexe
Observ. I.....	Commissure labiale gauche	3 ans	39 ans	Femme
Observ. II.....	Lèvre supérieure	1 an	75 ans	Femme
Observ. III.....	Lèvre supérieure	4 ans	25 ans	Femme
Observ. IV.....	Lèvre supérieure	12 ans	49 ans	Homme
Observ. V.....	Lèvre supérieure	12 ans		Homme
Observ. VI.....	Lèvre supérieure	10 ans	23 ans	Femme

Siège. — D'après Collet et Bouisset, la tumeur siège toujours à la lèvre supérieure. Nos observations confirment cette opinion, bien que dans l'observation (I) la tumeur

soit localisée à la commissure. D'autre part, Dimitriyewitch rapporte un cas d'adénome kystique de la lèvre inférieure. La tumeur se trouve sous la muqueuse du vestibule de la bouche, c'est-à-dire sur la face postérieure de la lèvre, tout près, il est vrai, du bord muqueux entourant l'orifice buccal. Il arrive même qu'elle bombe sous le revêtement cutané (obs. V).

Sexe. — Il est reconnu que les femmes sont plus souvent atteintes que les hommes. Il résulte, en effet, de nos observations, que nous avons 4 femmes pour 2 hommes.

Age. — On peut dire que dans la majorité des cas, la marge est assez étendue. Mais il semble que le maximum de fréquence soit entre 20 et 40 ans (Obs. I, III, IV).

En général, les femmes, plus soigneuses de leur esthétique que les hommes, viennent consulter plus tôt pour une tumeur plus disgracieuse que gênante.

Causes déterminantes. — Plusieurs opinions ont été émises pour essayer de dévoiler les causes déterminantes de la localisation labiale des tumeurs mixtes. Certains auteurs ont incriminé l'hérédité; d'autres voient à l'origine un traumatisme (Obs. IV) ou une irritation chronique. L'étude de nos observations ne nous permet pas de tirer une conclusion ferme.

SYMPTOMATOLOGIE

Les signes des tumeurs mixtes des lèvres sont réduits au minimum.

En général, le sujet vient consulter pour une « grosseur » qu'il a depuis souvent bien des années, mais qui, depuis quelque temps, a augmenté de volume et devient gênante.

La tumeur est toujours latérale au début, plus près de la commissure labiale que de la ligne médiane. En relevant la lèvre supérieure, il est rare de constater l'envahissement du sillon gingivo-labial ; au contraire, l'extension se fait plutôt vers l'orifice buccal (Obs. V).

Les dimensions sont variables ; en général du volume d'un haricot, il peut atteindre celui d'un « gros œuf de pigeon » (Obs. III).

A l'inspection, la tumeur apparaît hémisphéroïdale, recouverte d'une muqueuse labiale parfaitement saine (Obs. I). Quelquefois cependant elle peut paraître blanchâtre, nacrée (Obs. V).

Dans certains cas, elle s'ulcère (Obs. II) et cela est dû aux frottements contre une dent cariée ou à des morsures involontaires durant la mastication notamment. Point important : la tumeur se développe, toujours sans douleur, sans retentissement sur l'état général et, tout au moins dans nos observations, sans réaction ganglionnaire.

La palpation révèle une tumeur sphérique, mobile sur les plans profonds, avec une muqueuse labiale glissant facilement sur elle.

La tumeur mixte étant, en règle générale, une tumeur encapsulée, il s'agit de refoulement des régions voisines par l'accroissement tumoral et non pas de l'envahissement par un processus cancéreux : Il n'y a donc pas d'empâtement des régions voisines (Obs. II). Ce sont là les signes que nous avons déduits de nos observations.

Mais si un sujet insouciant vient consulter à un stade avancé, c'est-à-dire lorsque la tumeur a dépassé les limites de sa capsule, nous trouvons une formation tumorale irrégulière, poussant des prolongements, surtout suivant l'axe longitudinal. La muqueuse présente souvent une véritable ulcération néoplasique et, à ce stade, les engorgements ganglionnaires sous-maxillaires et sous-mentaux font rarement défaut : nous avons dépassé le stade de la vraie tumeur mixte et sommes en présence de ce que Masson appelle une « tumeur mixte maligne ».

PRONOSTIC

De la parenté anatomo-pathologique et même de l'identité histologique qui rapprochent les tumeurs mixtes des lèvres des tumeurs mixtes de la parotide, nous pouvons admettre que la dégénérescence maligne est théoriquement possible. Pour R. Leroux, les tumeurs mixtes sont déjà « des tumeurs épithéliales à placer dans le groupe des épithéliomas glandulaires ». MM. Charbonnel et Chabé (*Bordeaux chirurgical*, janvier 1933) rapportent un cas de tumeur mixte de la sous-maxillaire qui, deux mois après l'ablation, récidiva localement sous forme d'une tumeur maligne qui donna des métastases à distance.

Fitzwilliams et Brunschwig rapportent chacun une observation de tumeur mixte, le premier de la sous-maxillaire, le second de la sublinguale, qui, après simple énucléation de la tumeur, récidivèrent avec tous les caractères de malignité.

La récidive, avec les mêmes caractères que la tumeur primitive, est plus fréquente et, pour Patey, due à l'une des trois causes suivantes :

1° Après l'opération il peut rester des cellules tumorales dans le foyer, lesquelles, après un temps plus ou moins long, peuvent reprendre une activité proliférative anormale et redonner la tumeur ;

2° Il se peut qu'il y ait primitivement plusieurs tumeurs, par exemple une grosse, qu'on enlève, et, à côté de celle-ci, une petite tumeur microscopique qui ne se révèle que longtemps après l'opération ;

3° Après ablation d'une tumeur, il peut encore se développer, dans cette glande, une tumeur analogue. La glande serait « tumorigène ».

De toutes ces considérations nous pouvons conclure que le pronostic des tumeurs mixtes des lèvres dépend :

de la rapidité d'accroissement du néoplasme,
de l'existence d'une capsule plus ou moins nette,
de l'exérèse complète au cours de l'opération.

Bien que partageant l'opinion de R. Leroux qui les considère comme de véritables épithéliomas, nous ne devons voir, dans les tumeurs mixtes des lèvres, que des épithéliomas à malignité très réduite : car ils sont encapsulés et ne provoquent jamais de métastase : « On ne connaît pas un seul cas de tumeur mixte des lèvres qui ait subi la véritable transformation cancéreuse. » (Vaheri.)

En résumé, le seul facteur de gravité des tumeurs mixtes des lèvres est leur possibilité de récidive *in situ*.

DIAGNOSTIC

A. Diagnostic positif.

La rareté de la localisation labiale des tumeurs mixtes et la pauvreté de leur cortège symptomatique rend le diagnostic clinique exceptionnel. Toutefois, il sera prudent d'y penser en présence d'une tumeur qui évolue depuis longtemps (souvent depuis plusieurs années), sans douleur, sans retentissement sur l'état général, sans adénopathie (observ. I).

En réalité, seul l'examen anatomo-pathologique permet de faire le diagnostic de tumeur mixte, en révélant la complexité d'une structure absolument identique à celle des tumeurs mixtes des glandes salivaires. Le diagnostic se ramène donc, en définitive, à un diagnostic histologique.

B. Diagnostic différentiel.

En présence d'une tumeur mixte des lèvres, on peut penser à toutes les tumeurs, bénignes ou malignes, que l'on peut rencontrer au niveau des lèvres. Nous ne citerons que les principales :

a) *Les kystes analogues aux grenouillettes.* — Ceux-ci siègent de préférence au niveau de la lèvre inférieure. Un examen attentif permet d'y voir un contenu de couleur jaune-citron par transparence.

b) *Les lipomes* sont plus mous en général. Mais le diagnostic différentiel est exceptionnel puisque Dimitriyéwitch rapporte dans sa thèse une observation où le diagnostic de lipome fut posé par M. le professeur Guyot. Il s'agissait d'un adéno-épithéliome végétant du type excrétoire.

c) *Les angiomes.* — Sont réductibles et diffus.

d) *Les fibromes et les myxomes purs.* — Le diagnostic différentiel avec les tumeurs mixtes est cliniquement impossible.

e) *Les adénomes,* simples hypertrophies glandulaires, sont ordinairement petits et multiples. Mais parfois, lorsqu'ils sont énormes, le diagnostic est malaisé. Dans l'observation III, l'erreur fut commise.

f) *Les cheilites glandulaires* à l'origine desquelles il y a toujours une inflammation reconnue.

g et h) *Les sarcomes et les épithéliomas.* — Ce sont des tumeurs saignant au moindre contact. L'ulcération de la muqueuse est fréquente, précoce pour les épithéliomas, tardive pour les sarcomes, ulcération maligne à bords saillants et durs, à fond sanieux et saignant, bien différente de la rare ulcération à fond gris-rosé de la tumeur mixte (Observ. II).

L'adénopathie est, en général, nulle aussi bien dans les tumeurs malignes que dans les tumeurs mixtes. Enfin, c'est surtout l'extension rapide aux régions voisines qui caractérise la malignité du processus. On conçoit que le diagnostic soit très difficile au début, avant toute complication, et qu'il faille avoir recours à la biopsie pour faire un diagnostic précis.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Les tumeurs mixtes des lèvres présentent une constitution histologique absolument identique à celles des tumeurs mixtes des glandes salivaires.

Ces tumeurs sont formées par des tissus épithéliaux les plus divers contenus dans une trame conjonctive pouvant revêtir les aspects les plus variés.

D'autre part, elles sont encapsulées : elles refoulent les tissus avoisinants dont les éléments constitutifs leur forment une capsule.

Nous étudierons successivement :

1° L'anatomie pathologique macroscopique ;

2° L'anatomie pathologique microscopique.

Etude macroscopique.

a) *Volume.* — Le volume des tumeurs mixtes des lèvres est variable. Il dépend du moment auquel le sujet vient consulter.

Dans nos observations, nous trouvons :

1 cm. 5 × 1	Observ. I
Diamètre d'un pouce	Observ. V
2 cm. 5 × 1 cm. 5 ..	Observ. IV
Grosseur d'un haricot	Observ. VI
Gros œuf de pigeon.	Observ. III
Grosseur d'un haricot	Observ. II

b) *Forme.* — En général hémisphéroïdale.

Dans l'observation V, la tumeur venait s'aplatir contre les gencives et les dents.

Elle est de coloration rosée ou quelquefois blanchâtre (obs. IV), et dans ce cas la coloration est due à l'épaississement de la muqueuse labiale qui la recouvre.

c) *Capsule.* — Dans la majorité des cas, ce sont des tumeurs encapsulées :

Observation I
Observation III
Observation VI
Observation IV

d) *Consistance.* — En général, la tumeur est dure, tenduc, fibreuse. Rarement, elle est élastique comme dans les observations III et V. Cependant, elle est parfois, en certains points, ramollie et elle se déchire lors de l'exérèse obligeant l'opérateur à l'extirper par morceau.

e) *Coupe.* — A la coupe, la surface de section est, en général, formée de tissu de couleur blanchâtre, ferme, résistant, criant sous le couteau (cas de W. Laurence). Au centre surtout, on trouve parfois de petites zones de tissu mou, de coloration brunâtre (observ. IV), correspondant à des zones de dégénérescence muqueuse.

Etude microscopique.

Dans les tumeurs mixtes, deux sortes de tissus se rencontrent :

a) Le tissu épithélial ;

b) Le tissu conjonctif.

Nous étudierons d'abord séparément ces deux tissus et dans un second paragraphe, nous montrerons les rapports qu'ils présentent entre eux, résumant ainsi le mémoire de MM. Leroux et Leroux-Robert, publié dans les *Annales d'Oto-Laryngologie*, en février 1936.

I. Les tissus épithéliaux.

Ces auteurs ramenèrent les éléments épithéliaux à quatre types dont chacun correspond à un groupe déterminé de cellules de la glande normale.

1° *Les cellules cylindro-cubiques claires.* — Leur protoplasma est bourré de vacuoles, ce qui les fait ressembler aux éléments constituants des épithéliomas à cellules claires du rein. Elles sont en général en amas (observ. VI).

2° *Les cellules cylindro-cubiques basophiles.* — De même taille que les précédentes. Elles rappellent les cellules de l'assise externe des acini glandulaires normaux et les cellules formant le revêtement des canaux excréteurs extralobulaires. Le plus souvent, elles forment des tubes ou des amas pleins. Elles peuvent subir une maturation malpighienne avec formations de globes cornés (observ. III).

3° *Les cellules cylindro-cubiques éosinophiles.* — Elles rappellent celles du revêtement interne des canaux excréteurs intralobulaires de la glande normale. Elles sont plus grandes que les précédentes. Quelquefois disséminées, elles sont le plus souvent groupées pour circonscrire une cavité tubulaire qui contient une substance homogène, fortement éosinophile, répondant « soit à des fontes cellulaires, soit plutôt à la différenciation secrétrice de certaines cellules » (Leroux).

4° *Les petites cellules foncées.* — Fusiformes et très fortement basophiles (observ. VI). Elles seraient des éléments cylindro-cubiques basophiles en voie de dégénérescence.

II. Les tissus mésenchymateux.

Ces tissus sont, en général, beaucoup plus développés que les tissus épithéliaux et c'est la raison de la bénignité des tumeurs mixtes. Ils sont constitués par du tissu con-

jonctivo-vasculaire banal. Parfois, ils ont subi la dégénérescence myxoïde (observ. I et VI).

Les examens microscopiques ont révélé dans l'observation III des tissus cartilagineux. En réalité, ce tissu n'est, pour R. Leroux, qu'un tissu pseudo-cartilagineux dont le contenu serait constitué de débris cellulaires épithéliaux et non de cellules vivantes.

A partir de cette analyse, Leroux et Leroux-Robert ont individualisé un certain nombre de formes architecturales et voici la classification qu'ils proposent :

a) *Les formes canaliculaires.* — Leur aspect général rappelle celui des épithéliomas dentritiques du sein. Les végétations sont formées soit de cellules cylindro-cubiques basophiles ou éosinophiles, soit de cellules cylindriques mucipares. Elles sont centrées par un axe conjonctivo-vasculaire. A côté de cette forme intra-canaliculaire, il existe des formes canaliculaires proprement dites. Dans celles-ci, les cellules sont groupées autour de cavités centrales vides ou remplies de débris cellulaires (observ. VI). Elles sont lobulées et rappellent les glandes normales (observ. IV).

b) *Les formes acineuses.* — Dans lesquelles les formations canaliculaires sont très rares. La transformation mucoïde ou hyaline du stroma avec formation de plages pseudo-myxoïdes est habituelle (observ. I, II, IV).

c) *Les formes acino-canaliculaires.* — Ce sont les plus fréquemment rencontrées dans les tumeurs mixtes.

d) *Les formes atypiques.*

1) La forme infiltrée ;
2) La forme à cellules étoilées adamantinoïdes ;
3) La forme à dérivation myoïde ;
4) La forme à déviation malpighienne avec production de globes épidermiques (obs. III).

PATHOGENIE.

La question de l'origine des tumeurs mixtes des glandes salivaires est l'une des plus discutées et, malgré les nombreuses théories émises, leur point de départ reste encore mystérieux. Deux théories se sont souvent et longtemps opposées pour savoir si la cellule du parenchyme de la tumeur provenait du tissu endothélio-conjonctif (théorie allemande avec Volkmann) ou du tissu épithélial.

A l'heure actuelle, tous les auteurs ont délaissé la théorie de l'origine conjonctive et tous admettent l'origine épithéliale des tumeurs mixtes. Plusieurs avis se heurtent lorsqu'il s'agit de fixer le point de départ de la formation tumorale. Nous ne nous attarderons pas aux théories épithélio-glandulaires avec Berger et Malherbe, à la thèse de la cellule pluripotente soutenue par Bard, Pierre Nadal et Bonnet, à la théorie branchiale de Cunéo et Veau, qui n'ont, toutes, qu'un intérêt historique. A l'heure actuelle, deux grandes théories restent en présence. C'est, d'une part, la théorie de la dysembryoplasie soutenue par Hinsberg, Wilms, Forgue, Lacoste (Th. Bordeaux 1927). D'autre part, celle de la métaplasie pure, dont le grand promoteur, à l'heure actuelle, est R. Leroux. Nous allons exposer succinctement l'essentiel de ces deux théories et nous essayerons de voir, en nous basant sur nos observations, laquelle des deux s'applique le mieux aux tumeurs mixtes des lèvres.

1° La théorie dysembryoplasique fut soutenue par Hinsberg le premier, en 1899, et partagée par Wilms, Forgue, Massabuau.

Pour ces auteurs, il faut chercher le point de départ de ces tumeurs dans une formation ecto-mésodermique d'origine embryonnaire. MM. le professeur Sabrazès et Lacoste ont complété cette théorie en faisant suivre la dysembryoplasie d'une métaplasie, soudant ainsi cette théorie avec

2° La théorie métaplasique.

Dans la théorie dysembryoplasique, les auteurs expliquaient que vers la huitième semaine embryonnaire, les bourgeons parotidiens et ceux de la glande salivaire du maxillaire inférieur était en relation étroite avec les germes mésenchymateux (les premiers avec le périchondre du cartilage de Reichert, les derniers avec le périoste du maxillaire inférieur). Dans ces circonstances, ils supposent que les conditions pour la formation d'un tissu ectodermique et mésenchymateux renfermant une disposition à la constitution d'une tumeur mixte se trouvent réalisées. Cette théorie « bigerminale » peut aujourd'hui être regardée comme fausse puisque les savants de ces dernières années (Fraser, Siegmund, Weber, Fry, Kaüfman, Snellman, Zymbal, Masson, R. Leroux) ont montré de façon satisfaisante que les éléments, et surtout le tissu cartilagineux, sur la nature desquels les partisans de la théorie bigerminale fondaient leurs assertions, ne sont, dans les tumeurs mixtes, qu'un produit d'un genre déterminé de tissu à cellules épithéliales.

Erhrich, Böttner et Zymbal ont constaté dans leurs examens des tumeurs mixtes des grosses glandes salivaires des formes intermédiaires entre la glande salivaire normale et la tumeur, et se basant là-dessus, sont d'avis que les tumeurs proviennent de l'épithélium développé des glandes salivaires.

Les conceptions sur la nature des tumeurs mixtes de la lèvre se sont naturellement efforcées de suivre les traces indiquées.

Dans les observations I, III et VI, les cellules à aiguillons avec leurs points intercellulaires, leurs fibrilles de

plasma, montrent que le parenchyme de la tumeur est d'origine épithéliale. Les cellules ou les îlots cellulaires sont entourées d'une substance mucoïde (observ. I, II, III, VI), amorphe par endroits, fibreuse en d'autres. La substance homogène des formations alvéolotubulaires donne la même coloration que la substance mucoïde intercellulaire. Dans ces tumeurs, on trouve donc aussi bien des parties d'origine épithéliale que d'origine mésodermique, l'origine épithéliale formant la partie principale. La théorie qui fait des différentes parties composant la tumeur mixte le résultat de l'activité créatrice des cellules épithéliales reçoit ici une explication satisfaisante.

La localisation labiale des tumeurs mixtes a éveillé chez les chercheurs des idées toutes nouvelles sur leur origine. Lenormant, Duval et Cottard, fondant leur opinion sur le fait que les tumeurs mixtes des lèvres et du visage se rencontrent dans la région des fissures embryonnaires du visage, supposent que ces tumeurs proviennent des restes épithéliaux qui pendant le développement embryonnaire sont restés dans les lèvres (inclusions embryonnaires).

Coenen suppose que les tumeurs de la lèvre renfermant du tissu cartilagineux ou osseux proviennent de la dispersion des germes parotidiens, tandis que les tumeurs simples verraient leur origine dans un trouble de développement de la glande à mucus.

Zymbal suppose que les tumeurs mixtes de la lèvre proviennent des glandes à mucus complètement développées.

Dans les observations I, IV, VI, nous trouverons la tumeur et les glandes à mucus des lèvres entourées d'une même capsule de tissu conjonctif et séparées l'une de l'autre par une cloison de tissu conjonctif. Dans l'obs. VI, la cloison étant très réduite en un endroit, et dans l'observ. I, un certain nombre d'acini des glandes salivaires muqueuses étaient restés fortement adhérents à la capsule.

Du fait que partout où ces tumeurs ont été rencontrées, on trouve à leur proximité du tissu glandulaire nous per-

met de conclure que ces tumeurs sont en rapport avec ces glandes. A l'appui de notre thèse, nous rappelons que Snellman a trouvé dans deux cas de tumeurs mixtes de la parotide des formations ayant un caractère de similitude avec le conduit parotidien, entourées d'une membrane propre et se continuant dans le tissu non membraneux de la tumeur, preuve assez formelle que la tumeur de la parotide tire son origine du tissu parotidien. Il est donc bien logique de chercher l'origine des tumeurs mixtes des lèvres dans les glandes à mucus de celles-ci. Il serait maintenant intéressant de savoir si la tumeur mixte tire son origine dans un trouble survenu dans le développement de la glande ou bien est le résultat d'un état d'irritation de la glande ayant atteint son complet développement. L'étude de nos observations ne nous permet pas de conclure sur ce point.

TRAITEMENT.

Le seul traitement des tumeurs mixtes des lèvres est l'extirpation. Elle est facilitée par l'enveloppe conjonctive de la tumeur qui lui constitue un plan de clivage.

L'opération doit être précoce et complète. C'est supprimer pour le malade une chance possible de récidive ou même de processus malin.

Enfin, même dans le cas où la tumeur serait déjà en voie d'ulcération et accompagnée de ganglions satellites, il nous semble que l'opération est un devoir.

Deux voies d'accès ont été employées :

la voie endobuccale ;

la voie cutanée.

Dans le procédé endobuccal (obs. III), la muqueuse est incisée sur le milieu de la tumeur ; deux pinces à forci-pressure sont posées sur les coronaires et l'énucléation de la tumeur se fait d'une façon rapide, facile et complète.

Dans le procédé par voie cutanée, la tumeur est recherchée à travers le muscle orbiculaire des lèvres, sans atteindre la muqueuse labiale (obs. I). Il est en effet reconnu qu'un traumatisme des muqueuses peut favoriser une dégénérescence maligne de celles-ci.

Dans le cas où la bénignité de la tumeur paraît douteuse, il semble recommandé de l'extirper au bistouri électrique (obs. II). La cautérisation de la plaie diminue les chances de récidive. Enfin, s'il y a récidive, le chirurgien pourra toujours tenter une nouvelle intervention.

CONCLUSIONS

1° Les tumeurs mixtes des glandes salivaires sont exceptionnellement développées au niveau des lèvres.

2° Ces tumeurs labiales sont des affections de l'âge adulte. Elles se rencontrent surtout chez les sujets de 20 à 40 ans.

3° Les femmes sont atteintes plus souvent que les hommes.

4° La lèvre supérieure est le siège habituel de cette localisation.

5° Cette tumeur évolue très lentement, sans douleur, sans engorgement ganglionnaire, sans retentissement sur l'état général.

6° Nées aux dépens des formations glandulaires de la muqueuse labiale, elles constituent des tumeurs épithéliales rentrant dans le groupe des épithéliomas des parenchymes glandulaires.

7° Ce sont cependant des tumeurs à malignité réduite représentant les intermédiaires entre les tumeurs bénignes et les tumeurs malignes des lèvres.

Elles sont, en général, bien encapsulées, non métastatiques, sans réaction ganglionnaire ; elles peuvent récidiver « *in situ* ».

8° Leur pronostic est bon dans la majorité des cas.

9° A un stade plus ou moins avancé de leur évolution, les tumeurs mixtes peuvent dégénérer.

10° Le seul traitement rationnel est l'extirpation qui doit être précoce et complète.

SERMENT

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes, si je le viole et que je me parjure, puissè-je avoir un sort contraire.

Vu :
Le Doyen,
Pierre MAURIAC.

Vu, bon à imprimer
Le Président de thèse
J. GUYOT.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 23 novembre 1937
Le Recteur de l'Académie,
A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

Ahlbrom. — *Acta radiologica*, Supp., 23, 1935.

Bard. — « Des tumeurs à tissus multiples », *Lyon Médical*, 1888.

Berger. — *Rev. de Chir.*, 17, 361, 1897.

Bonnet. — *Réf. Pierre-Nadal.*

Böttner. — *Beitr. path. anot.*, 68. 364, 1921.

Bouisset. — Th. Montpellier, 1903, *Contribution à l'étude des tumeurs mixtes des levres.*

Brunschwig. — *Surgery, gynec. and obst.*, 50, I, 407, 1930.

Charbonnel et **Chabé**. — *Bordeaux Chirurgical*, janvier 1933.

Coenen. — *Arch. f. Klin. Chir.*, 75, 542, 1904.

— « Les tumeurs des glandes salivaires », *Die Chir. v. Kirschner-Normund*, 2, 232, 1927.

Collet. — Th. Paris, 1895. *Les tumeurs mixtes des lèvres.*

Daudier. — *Les tumeurs mixtes des fosses nasales.* (Thèse Paris, 1937).

Dimitriyetvitch. — Th. Bordeaux, 1926, « Etude sur les tumeurs et les granulomes des lèvres ».

Duvergey. — « Adénome volumineux de la lèvre supérieure », *Bull. et Mém. de la Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux*, 5 mars 1909.

Erhrich. — *Beitr. Z. Klin. Chir.*, 51, 368, 1906.

Fitzwilliams. — « Les tumeurs mixtes de la glande sous-maxillaire », *The Lancet*, octobre 1936.

Forgue et **Roux**. — « Devant le problème pathogénique et anatomo-pathologique des tumeurs mixtes de la parotide », *Revue de Chirurgie*, 1922.

Fraser. — *Surgery, gynec. and obst.*, 27, 19, 1918.

Fry. — *The Brit. Medic. Journal of Surgery*, 58, 291, 1927.

Goodhart. — *Réf. Pilcher.*

Hartmann. — « Tumeurs mixtes de la parotide », *Progrès médical* Paris, 1921.

Hinsberg — *Deutsch. Zeitschr. f. Chir.*, 51, 281, 1899.

Kaufmann. — *Traité d'anatomie pathologique spéciale*, I, 1931

Lawrence (W). — *Medic. Chir. trans.*, 1832.

Lenormand, **Duval** et **Cottard**. — *Revue de Chir.*, 1908.

Lenormand. — *Précis de pathologique chirurgicale*, t. II 1920.

Leroux (R.) et **Leroux-Robert** (J.). — *Bull. de l'Assoc. fr. pour l'étude du cancer*, mai 1934.

Leroux (R.), **Leroux-Robert** (J.) et **Dillange** (P.). — *Bulletin de l'Assoc. fr. pour l'étude du cancer*, juillet 1933.

Leroux (R.) et **Leroux-Robert**. — « Les tumeurs dites mixtes des glandes salivaires et des autres formations glandulaires cervico-faciales », *Annales d'olo-rhino-laryngologie*, février 1936.

Leroux et **Roussy**. — « A propos des épithélio-sarcomes », *Bull. de l'Assoc. fr. pour l'étude du cancer*, 22 mai 1922.

Massabuau. — « Tumeurs mixtes salivaires », *Rev. de Chir.*, 1907.

Masson et **Peyron**. — *Bulletin de l'Association française pour l'étude du cancer*, 1914.

Masson. — *Tumeurs*, Maloine Edit., 1923.

Masson. — « Tumeurs des glandes annexes des muqueuses de la face et du cou », *Atlas du cancer*, 3e et 4e fascicules, Paris, 1924.

Pierre-Nadal. — « La notion de tumeur mixte », *Revue de Chirurgie*, 1912.

Paget. — *Ref. Lenormand et réf. Pilcher.*

Patey. — British J. of Surgery, octobre 1930, *Les tumeurs mixtes des glandes salivaires.*

Perochaud. — Th. Paris, 1885, *Revue sur les tumeurs mixtes des glandes salivaires.*

Pilcher. — *British medical Journal*, 8 mai 1932. « Sur un cas de tumeur mixte des lèvres ».

Pitance. — *Etude sur les tumeurs mixtes du voile du palais* (thèse Paris, 1876.

Sabrazès et **Lacoste**. — *Les tumeurs mixtes de la parotide*, *In* thèse Lacoste, Bordeaux, 1927.

Schreiner et **Matteck**. — *In* Alhlbrom.

Siegmund et **Weber**. — *Palologische Hislologie der Mundhöle*, Leipzig, 1926.

Snellman. — *Arbeiten a. d. path. inst. d. univ. Helsingfors*, 1931-1933.

Vaheri (E.). — *Acta chirurgica Scandanavica*, 1935.

Volkmann. — *Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, 1895.

Wilms. — *Die Meschgeschwulste*, Leipzig, 1902.

Wood. — *Ref. Pilcher.*

Zymbal. — *Beitr. path. Anat.*, 1933.

Imprimerie BIÈRE, 18, rue du Peugue, Bordeaux (France). — 1937.